

Título del proyecto:	Parcela Nro.:	Nro. de Ayuda Federal:
Persona/s desplazada/s:		Desplazado Nro.:

Yo, el que suscribe, certifico por la presente que soy el propietario de un bien mueble personal que se encuentra legalmente ubicado en un bien inmueble adquirido en relación con el anterior proyecto de obras públicas. Como resultado de dicha adquisición, se deberá trasladar dicho bien desde el sitio adquirido.

Al colocar mis iniciales abajo, selecciono por la presente la/s siguiente/s opción/es de mudanza que autoriza el Programa de asistencia para reubicación del Estado de Washington:

Empresa de mudanza comercial. El Departamento de Transporte del Estado de Washington (WSDOT) contratará los servicios de una empresa de mudanzas calificada y le pagará directamente para que reubique mi bien mueble. Dicha propiedad se encuentra ubicada en _____. Y se reubicará en _____. Podré realizar la mudanza entre el (fecha) _____ y el (fecha) _____. Calculo que el valor de mi bien mueble es de \$_____ y este monto se utilizará para determinar el costo de mi seguro por valor de reemplazo.

Mudanza por cuenta propia con justificación de gastos. Trasladaré mi bien mueble con recursos propios y se me reembolsarán los costos reales y razonables de mudanza, tal como se documentará en los recibos o en cualquier otra evidencia razonable de gasto.

Mudanza por cuenta propia con un estimado fijo del costo de la mudanza Trasladaré el bien mueble de mi propiedad desde el sitio adquirido. Una vez finalizada satisfactoriamente la mudanza, reclamaré el monto de \$_____ por _____ habitaciones.

NOTA: El incumplimiento de los términos y las condiciones de este acuerdo puede provocar la negación de todos o parte de sus reclamos por gastos ocasionados por mudanza.

Persona desplazada

Fecha

Especialista en reubicación

Fecha

Supervisor regional de reubicación

Fecha